Lane Medical Library

Zum Kapitel der „traumatischen Neurose".

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Montag, den 17. Februar 1896

Mittags 12½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Theodor Schwenzer

Assistenzarzt an der Kgl. psychiatrischen Klinik
zu Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. med. Struck, Assistenzarzt.
Herr Dr. med. Lehmannn, Kursist.

Greifswald

Buchdruckerei C. Sell (L. Lehmann).

1896.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0169

Seinem lieben Bruder Wilhelm

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Mit der Einführung der Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung hat sich für den praktischen Arzt ein ganz neues Gebiet der medizinischen Wissenschaft eröffnet. Das Unfall-Versicherungsgesetz datiert vom 6. Juli 1884 und ist von hoher social-politischer Bedeutung, indem es den Arbeiter bei eintretender Erwerbsunfähigkeit, sei es durch Unfälle, sei es durch Alter, in gesetzlichen Schutz nimmt, während früher der Arbeiter bei einem erlittenen Unfalle sich mit seinem Arbeitsgeber gütlich einigen oder eine Entschädigungsklage vor den zuständigen Gerichten anstrengen musste, um so einen Ersatz für den Schaden zu erhalten, welchen er durch die Folgen eines Betriebsunfalles erlitten hatte. Dabei war natürlich der Arbeitnehmende fast stets auf den guten Willen seines Brotherrn angewiesen, da die Mittel ihm meist fehlten, um einen langwierigen und kostspieligen Prozess durchzuführen. Heutzutage hat das Gesetz nach bestimmten Prinzipien die Unterstützungen festgesetzt, welche je nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit einzutreten haben; es wird nur derjenige als unterstützungs-

berechtigt angesehen, welcher vom Arzte als erwerbsunfähig bezeichnet wird. Sehen wir ab von der durch Alter acquirierten Erwerbsunfähigkeit und fassen nur die durch Unfall entstandenen ins Auge, so hat das Gutachten des Arztes nicht nur die Erwerbsunfähigkeit, sondern auch den Grad derselben und vor allem den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit zu constatieren. Dem Arzt wird hierdurch eine ausserordentliche Vertrauensstellung von dem Gesetze eingeräumt. Es gehört aber für den begutachtenden Sachverständigen sehr grosse Erfahrung dazu, um hier Wahrheit und Dichtung bei dem Patienten auseinanderzuhalten und den wirklich Kranken von dem Simulanten zu unterscheiden. Das Gebiet der Begutachtung ist ein so wichtiges für die Aerzte geworden, dass einige es, so zu sagen, zum Spezialfach in der medizinischen Wissenschaft erhoben haben. Giebt es doch z. B. wie in der Chirurgie, in der inneren Medizin, so auch schon auf dem Gebiete der Begutachtung von Unfällen Autoritäten.

Bei den meisten Unfällen lässt sich eine Verletzung eines ganz bestimmten Körperteils constatieren, welche dann für die eventuell zurückbleibenden Folgen verantwortlich gemacht werden kann. Doch es giebt Fälle, und diese sind es eben, welche dem Arzte die grösste Schwierigkeit bereiten, wo entweder gar keine äussere, noch innere Verletzungen sich nachweisen lassen, oder doch wo

die Summe der einzelnen Beschwerden in gar keinem Verhältnis zu dem objektiven Befunde steht. Es handelt sich hier um Unfälle, welche keine oder wenigstens keine erheblichen äusseren, resp. inneren nachweisbaren Verletzungen hervorbringen, sondern allein eine Alteration des nervösen und eventuell auch des psychischen Organs verursachen. Solche Unfälle *) kommen vor im Eisenbahnbetriebe bei Zusammenstössen oder Entgleisungen, aber auch in Fabrik- und anderen Betrieben, durch Fall aus grösserer Höhe in tiefe Gruben oder von hohen Gerüsten, bei Explosionen, Einsturz von Häusern, Verschüttung und dergleichen Ereignissen. Bei solchen Unfällen wird häufig beobachtet, dass, wenn nicht sofort nach dem Unglücksfall der Tod unter den Erscheinungen des Shok's oder denen der Ruptur eines wichtigen inneren Organs eintritt, Krankheitssymptome nach Monaten, ja nach Jahren auftreten, welche auf eine nervöse, resp. psychische Alteration hinweisen.

Während man früher im allgemeinen bei solchen Ereignissen eine Gehirnerschütterung annahm, wird heutzutage von den meisten Autoren das Hauptgewicht auf das psychische Trauma, auf die psychische Alteration gelegt. Natürlich ist eine commotio cerebri vorangegangen, aber die direkten Folgezustände derselben würden in der Regel keine wesentliche Bedeutung

*) Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit.

gewinnen, wenn nicht die krankhaft alterierte Psyche in ihrer abnormen Reaktion auf diese körperlichen Beschwerden die dauernde Krankheit schüfe.

Schon ziemlich früh, in den sechsziger Jahren, hatte man besonders nach Eisenbahnunglücksfällen Krankheitsbilder beobachtet, deren Symptomencomplexe nicht ganz denen der Gehirnerschütterung entsprachen. Einzelne Autoren fassten diese Krankheit als besondere Krankheit auf und nannten sie railway-spine und railway-brain. Dies Krankheitsbild wurde bald Gegenstand allgemeinen Interesses und eifrigst suchte man in den letzten Jahren eine Erklärung der nach Unfällen zurückbleibenden Störungen des Nervensystems. Eine Einigung der Erklärungen ward nicht erzielt. Die eine Richtung der Interpretationen fordert einen gewissen, materiellen, mechanischen causalen Zusammenhang zwischen Erschütterung des ganzen Körpers, beziehungsweise des ganzen Nervenapparates und der resultierenden Krankheitserscheinungen.

Im strikten Gegensatz zu dieser Richtung stehen neuere Autoren und besonders Oppenheim.*) Als Erklärung für die Entstehung des von ihm als „traumatische Neurose“ bezeichneten Symptomencomplexes nimmt er zum geringsten Teil das physische, zum grössten Teil das psychische Trauma an. Nach seiner Ansicht ist es ganz gleichgültig, wo und wie die Gewalt eingewirkt hat; der Hauptsitz der Erkrankung ist nach ihm das Grosshirn, die Psyche. Die Er-

*) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

örterungen über diese beiden Ansichten sind noch zu keinem Abschluss gelangt.

Ich glaube, hier mit Recht die Auslassungen eines unserer bedeutendsten Kliniker, Strümpell*), anführen zu dürfen, der in einem Artikel „Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken" folgendes sagt:„ Zunächst ist hier eine Frage aufzuwerfen, die meines Erachtens noch immer nicht mit Sicherheit wissenschaftlich entschieden ist: giebt es chronische andauernde organische Folgezustände einer reinen Commotio cerebri, d. h. können nach einer reinen Commotio cerebri, also ohne alle gröberen mechanischen Verletzungen des Gehirns und seiner Hüllen dauernd feinere, aber immerhin materielle Veränderungen im Gehirn zurückbleiben, welche ganz unabhängig von dem Vorstellungsleben des Kranken anhaltende cerebrale Symptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, psychische Störungen, verminderte allgemeine Leistungsfähigkeit und dergl. hervorrufen? Die Erfahrungen der Chirurgie lehren, dass in vielen Fällen auch die schwersten Zustände von Commotio cerebri schliesslich ohne alle Folgen verschwinden. Aber die Möglichkeit, ja ich möchte sagen, die Wahrscheinlichkeit, dass es nicht immer so ist, muss doch zugegeben werden Wenigstens

---

*) Münchener Medicinische Wochenschrift, Jhrg. 42. No. 50. S. 1165. „Ueber die Untersuchung, Beurteilung u Behandlung von Unfallkranken." Praktische Bemerkungen von Prof. Dr. Ad Strümpell in Erlangen.

habe ich selbst vereinzelte derartige Beobachtungen bei Personen gemacht, bei denen es sich weder um eine Unfall-Entschädigung, noch um den Verdacht der absichtlichen Uebertreibung handeln konnte, und wo nach einer schweren Commotio cerebri ohne jedes objektive Anzeichen irgend einer gröberen organischen Veränderung doch lange Zeit die oben erwähnten allgemeinen cerebralen Symptome andauerten und die Berufsthätigkeit der Betreffenden (mehrmals handelte es sich um Offiziere, welche vom Pferde gestürzt waren) völlig unmöglich machten. Hier hätten wir es also mit einer „traumatischen Neurose" zu thun, welche diesen Namen wirklich verdient, mit einer spezifisch traumatischen, d. h. durch mechanische Ursachen hervorgerufenen Erkrankung, welche aber nicht in grob-anatomischen, sondern in feineren, vielleicht zunächst gar nicht histologisch nachweisbaren, aber immerhin materiellen Veränderungen bestände." Auch Strümpell lässt die Frage nach der Erklärung der Entstehung der traumatischen Neurose unbeantwortet.

Wir wollen deswegen von den anatomisch-pathologischen Erscheinungen ganz absehen und versuchen, die hervorstechendsten Symptome der traumatischen Neurose, deren Bild zwar nach Intensität und Qualität der einzelnen Beschwerden ein sehr wechselndes ist, im folgenden kurz zu skizzieren. Der Arzt ist häufig bei dieser Erkrankung angewiesen, ein Hauptgewicht auf die subjektiven An-

gaben des Patienten zu legen; denn besonders in den ersten Stadien sind die Beschwerden der betreffenden Verletzten rein subjektiver Natur. Die Klagen der Patienten enthalten Beschwerden in mehr oder minder starkem Grade über Affektionen fast aller Systeme des Organismus. Zunächst stellen sich Schmerzen ein, die vornehmlich in die Rücken-, Kreuz- und Lendengegend lokalisiert werden. Hierzu kommen dann Symptome von Seiten der Psyche, die von Unruhe, Aufregung, Angst, Schreckhaftigkeit bis zur hypochondrisch-melancholischen Verstimmung sich steigern können. Meist zeigt sich auch das Sensorium affiziert, indem Schlaflosigkeit und Ohnmachtsanfälle eintreten. Als besonders wichtig bezeichnet Oppenheim die Störung der Sensibilität, die sich dadurch besonders charakterisieren soll, dass ihre Verbreitung niemals dem Ausbreitungsbezirk eines sensiblen Nerven, noch der topischen Anordnung desselben entspricht, wie sie ja bei den materiellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes beobachtet wird. Bemerkenswert ist es, dass auch die Thätigkeit des Herzens eine abnorme ist, indem häufig eine dauernde Beschleunigung der Pulsfrequenz sich constatieren lässt, oder aber dass das Herz leicht sich irritiert zeigt, indem bei ganz minimalen Anlässen der Puls eine Frequenz bis zu 160 aufweist. Die Reflexerregbarkeit ist nie erloschen, häufiger jedoch gesteigert. Als wichtigste und, so zu sagen, konstante Symptome kann man die

Geh- und Sehstörung bezeichnen. Die erstere charakterisiert sich dadurch, dass der Kranke breitbeinig geht, mit kleinen Schritten, langsam, mit abnormer Körperhaltung, indem er den Rumpf nach vorn geneigt und die Wirbelsäule und Hüftgelenke möglichst fixiert hält. Die Sehstörung besteht meistens in einer Beschränkung des excentrischen Sehens, in einer sogenannten concentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, welche meist beide Augen betrifft. Jedoch in vielen Fällen lässt sich an den Augen der sogenannte Förster'sche Verschiebungstypus nachweisen, eine Erscheinung, welche darin besteht, dass man durch Ermüdung eine Einengung des Gesichtsfeldes hervorrufen kann. Als mehr nebensächliche Symptome kommen auch häufig reflektorische Pupillenstarre und Differenz der Pupillenweite vor. Jedenfalls, um die Diagnose „traumatische Neurose" als gesichert zu betrachten, ist meiner Meinung nach der Nachweis der Sehstörung durchaus notwendig.

Im Anschluss hieran sei es mir verstattet, ein typisches Bild von railway-spine, einer traumatischen Neurose, deren Symptomencomplex in idealer Weise in den Rahmen des eben beschriebenen Bildes passt, aus der Privatpraxis des Herrn Kreisphysikus, Professor Dr. Beumer zu Greifswald mitzuteilen:

Anamnese:

Patient ist der fünf und vierzigjährige Locomotivführer Emil Pf. aus Greifswald. Erbliche Be-

lastung nicht nachweisbar. Eltern leben hochbetagt und sind körperlich und geistig rüstig. Auch sonst weist seine Verwandtschaft keine psychisch abnormen Charaktere nach Angabe des Patienten auf. Als Kind ist Patient stets gesund gewesen; in noch jugendlichem Alter machte Patient einen akuten Gelenkrheumatismus durch, der aber ohne Folgen geblieben ist. Patient wurde Soldat und machte als solcher den Feldzug 1870/71 mit. Trotz grosser Anstrengung und mannigfacher Unbilden der Witterung ist er gesund zurückgekehrt. Er wurde als drei und zwanzig jähriger Mensch Locomotivführer und hatte in seiner einige Monate dauernden Probezeit sehr schweren Dienst durchzumachen. Schon in dieser Zeit will er ein leises Zittern und Zucken in seinen unteren Extremitäten wahrgenommen haben, Erscheinungen, die aber bald wieder vorübergegangen sein sollen. Als selbständiger Führer einer Locomotive hatte er vielfache Unfälle erlitten, die stets für ihn mit physischen und psychischen Erschütterungen verbunden gewesen sein sollen. Sein jetziges Leiden datiert er vom Jahre 1884 her, wo er einen Zusammenstoss zweier Züge mitmachte. Er will bei dem Zusammenpralle erst nach vornüber, dann mit grosser Gewalt mit dem Hinterkopf auf den Tender geworfen sein, um heftig mit dem Gesäss auf die eiserne Platte der Maschine niederzufallen. Er erinnert sich nicht, irgendwelche sichtbare Verletzung dabei erlitten zu haben, will aber von einen furchtbaren Angst- und

Schreckgefühl befallen sein, als er die auf falschem Gleise haltende Maschine erblickte und keine Möglichkeit mehr sah, den Zusammenstoss zu vermeiden Nach diesem Unfall traten die schon erwähnten Schmerzen und Beschwerden in hohem Grade auf; zunächst bemerkte er Zittern in allen Gliedern; dazu sollen sich quälende Kopfschmerzen, Benommenheit des Kopfes, Krabbeln im Gehirn, als wenn es „voll Ameisen“ wäre, ferner heftige Rückenschmerzen gesellt haben. Diese Beschwerden steigerten sich so sehr, dass Patient nicht mehr seinen Dienst verrichten konnte und Krankenhauspflege nötig wurde. Die Therapie war eine verschiedenartige; er wurde zuerst mit reinem Salicyl, dann mit Salicyl und Arsen behandelt, auch Elektricität wurde angewandt. Nach langer Zeit wurde er soweit gebessert, dass er bis 1889 seinen Dienst wieder einigermassen versehen konnte. Erneute wiederholte Unfälle, die jedoch ohne äussere Verletzungen für ihn blieben, brachten die alten Symptome in so starkem Grade wieder zum Vorschein, dass er seinen Dienst verlassen musste. Er suchte zunächst Besserung in Posen, um dann in die Königliche Universitätsklinik zu Greifswald zu gehen, in welcher er zehn Wochen verblieb. Die Therapie blieb im wesentlichen dieselbe wie früher. Schon hier wurde die Diagnose auf railway-spine gestellt Die ärztlichen Einwirkungen waren von keinem Erfolg begleitet. Die Beschwerden nahmen eher zu, statt ab, so dass er auf Grund

verschiedener ärztlicher Gutachten als völlig erwerbsunfähig erklärt und von der Königlichen Eisenbahndirektion mit voller Pension und Unfall-Rente in den Ruhestand versetzt wurde. Schon vor längerer Zeit kam Patient in die Privatbehandlung des Herrn Professor Dr. Beumer, der ebenfalls die Diagnose auf railway-spine stellte.

Status praesens:

Patient ist von grosser Statur, breit und kräftig gebaut, von gut entwickelter Muskulatur und starkem Knochenbau; geringer panniculus adiposus; befindet sich jedoch in leidlich gutem Ernährungszustande. Auffallende Missbildungen lassen sich nicht constatieren. Gesichtsfarbe gelblich-blass; Lippen, sowie sichtbaren Schleimhäute etwas anämisch. Der 45 Jahre alte Patient macht den Eindruck eines 10 Jahre älteren Mannes. Gesichtsausdruck und der ganze Habitus lassen einen schwer Leidenden erkennen.

Systema nervosum:

Das Sensorium zeigt sich sehr häufig afficiert; Patient giebt an, dass er häufig an Benommenheit leide; frei von Kopfschmerzen, die besonders im Vorderhaupt auftreten, ist er fast nie. Er hat das Gefühl, wie er angiebt, als ob Würmer im Gehirn umherkröchen. Delirien und Phantasien sind nie aufgetreten. Der Schlaf ist schlecht und häufig unterbrochen; er wird von den furchtbarsten Träumen gequält und vermag nur schwer einzuschlafen. Er fühlt sich matt und

zerschlagen. Schon seit Jahren macht sich bei ihm eine gewisse Reizbarkeit und Verstimmung bemerkbar, die sich häufig zu einer hypochondrisch-melancholischen Stimmung steigert.

In auffälliger Weise lässt sich besonders an den unteren Extremitäten ein intermittierendes Zittern nachweisen, das teilweise die Extremität in toto befällt, teilweise auch in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen als Zuckung imponiert; die Extremitäten haben normale Temperatur. Patient klagt, dass sie ihm sehr leicht einschlafen und wie taub sind.

Eine Prüfung der Sehnenreflexe ergiebt folgendes: „Fusssohlen- und Cremaster-Reflex in normaler Weise vorhanden. Der Patellarreflex zeigt sich rechts nur wenig, links jedoch sehr deutlich gesteigert." Ausserdem giebt Patient an, dass sehr oft in den Sehnen seiner Hand sich ein „Summen" bemerkbar macht, das sich bis in die Fingerspitzen fortpflanzt. Er vergleicht dies Gefühl mit der bekannten Empfindung, wie sie durch Druck oder Schlag auf den Musikantenknochen ausgelöst wird.

Die Gelenke sind frei und vollkommen funktionsfähig; nur lässt sich an beiden Kniegelenken ein starkes Krepitieren wahrnehmen, welches so deutlich ist, dass man es auf meterweite Entfernung hören kann. Schmerzen sind jedoch nicht vorhanden.

Als recht charakteristisch zeigt sich der Gang des Patienten. Derselbe ist langsam und schleppend; Patient geht mit gespreizten Beinen und vornüber

gebeugtem Körper; er zeigt eine recht steife und gezwungene Haltung. Sein Gang ist stets unsicher; er wird leicht schwindlich, so dass er sich stets beim Gehen eines Stockes bedienen muss. Diese Erscheinungen steigern sich in der Dunkelheit so sehr, dass er wankt und taumelt und so vollkommen einem Betrunkenen gleicht. Das Gehen selbst strengt ihn sehr an; er wird sehr leicht müde. In deutlicher Weise zeigt sich bei ihm das Romberg'sche Symptom. Es lässt sich bei dem Patienten ein von Oppenheim so genannter „schmerzhafter Punkt" nachweisen, und zwar ist dieser ein Hautbezirk um die vertebra prominens herum Das Mannkopf'sche Symptom, welches darin besteht, dass sich bei Druck auf die schmerzhafte Stelle die Pulsfrequenz steigert, und nach Oppenheim fast constant bei der traumatischen Neurose vorkommt, lässt sich bei ihm nicht nachweisen.

In recht starkem Grade machen sich bei dem Patienten die Sensibilitätsanomalien bemerkbar. Es sind grössere Hautbezirke vorhanden, wo die Empfindung für Temperatur, sowie für Schmerz deutlich herabgesetzt, ja zum Teil fast aufgehoben ist. So kann man grössere Partien auf dem Abdomen und an der Innenfläche der beiden Oberschenkel bestimmen, wo Nadelstiche überhaupt nicht empfunden werden, wo auch der Unterschied zwischen Kälte und Wärme nicht erkannt wird. Diese Anästhesien sind auch wiederholt an der hinteren Hals- und Rückengegend,

sowie an den Conjunctiven und der Kopfhaut constatiert woden. Eindrücke mit Nadeln und spitzen Gegenständen vermögen kein Schmerzgefühl hier mehr auszulösen. Charakteristisch für diese anästhetischen Bezirke ist die Thatsache, dass sie sich nicht einerseits genau begrenzen lassen, sondern allmählich in Stellen normaler Sensibilität übergehen, andererseits nie innerhalb des Verbreitungsbezirkes eines bestimmten sensiblen Nerven sich halten. Dies Erloschensein der Sensibilität ist nicht vorübergehend, sondern eine constante, des öfteren nachgewiesene Erscheinung.

Die Anomalien der Sinnesorgane beschränken sich vor allem auf das Gehör- und Seh-Organ. Ein fortwährendes Sausen und Brausen vor seinem Ohr will Patient stets vernehmen, Geräusche, durch die er immer an das stossweise Ausströmen des Maschinendampfes oder auch an das Schnurren und Summen der Telegraphendrähte erinnert sein will.

Die Untersuchung der Augen, welche in liebenswürdigster Weise in der Univertitäts-Augenklinik ausgeführt wurde, ergiebt folgendes: auf beiden Seiten ein chronischer Katarrh der Conjunctiven, welcher dem Patienten sehr viel Beschwerden macht. Die Pupillen sind auffallend klein; ihre Reaktion ist deutlich verlangsamt und träge; jedoch ist keine Differenz vorhanden. Links besteht Myopie = 1,5 D. S = 1 Rechts hochgradiger myopischer Astigmatismus. Patient klagt über schlechtes Sehvermögen, besonders über ein fortwährendes Flimmern vor

seinen Augen. Er will bei Tage vor seinen Augen stets eine Anzahl von schwarzen Punkten sehen, die sich abends und in der Nacht in feurige Kugeln verwandeln sollen. Die Gasflammen sieht er niemals als circumscriptes Licht, sondern stets als einen hellen Kreis, der mit einem „langen Schweif versehen“ und von Regenbogenfarben umrändert ist.

Durch die perimetrische Untersuchung lässt sich constatieren, dass die Grenzen für blau und grün mit den normalen zusammen fallen, während für rot eine, wenn auch nur geringe, Abweichung besteht. Die Aufnahme des Gesichtsfeldes ergiebt eine geringe, jedoch deutliche Einengung desselben.

Die Begrenzung ist folgende:

Temporalwärts 80°,
Nasalwärts 50°,
nach oben 50°,
nach unten 50°.

Die Einschränkung beträgt nach allen Richtungen ca. 10°.

Wiederholt man die Prüfungen des Gesichtsfeldes des öfteren, so verschieben sich die Grenzen desselben in auffälliger Weise, indem die temporale Einschränkung von 80° bis 50° geht, also um 30° zunimmt. Die übrigen Grenzen zeigen nur geringe Differenzen bei wiederholten Prüfungen. Die hinten stehende Tafel giebt uns ein recht charakteristisches Bild einer sogenannten Ermüdungskurve, der Ausdruck dafür, dass der sogenannte Förster'sche

Verschiebungstypus sich in unserm Falle constatieren lässt, welcher darin besteht, dass die Einschränkung des Gesichtsfeldes bei ermüdenden Prüfungen eine bedeutende Zunahme erfährt.

Systema circulationis:

Die wiederholt und genau ausgeführte Untersuchung des Herzens und seiner Action ergiebt reine normale Herztöne; die Pulsanzahl stimmt im wesentlichen mit der normalen überein. Aus ganz geringfügigen Anlässen steigt plötzlich die Pulsfrequenz, wenn auch nur vorübergehend, auf 140 und mehr. Patient klagt, dass sich in der Herzgegend oft lanzinierende Schmerzen bemerkbar machen, die plötzlich einsetzen und bald wieder verschwinden. Nachts und namentlich im Halbschlaf wird er oft von Herzklopfen gequält, dazu gesellen sich ferner Angstzustände, welche den Schlaf unmöglich machen.

Systema respirationis:

Die Atembewegungen sind kräftig und ergiebig; zuweilen stellen sich dabei Brust- und Intercostalschmerzen ein; bei der Auscultation und Percussion der Lungen lässt sich nichts Abnormes nachweisen.

Systema digestionis:

Der Geschmack ist oft pappig und schlecht; Heisshunger wechselt ab mit völliger Appetitlosigkeit. Die Verdauung ist seit Jahren sehr unregelmässig; bald besteht Obstipation, bald wieder Durchfälle. Die Magengegend ist zuweilen sehr schmerzhaft;

Patient klagt, dass dort immer ein gewisses Druckgefühl bestehe. Ferner giebt er an, dass er zeitweise die Empfindung habe, als ob ihm ein starke Schmerzen verursachender Ring in der Nabelgegend rings um den Körper gelegt sei. Er bezeichnet die Erscheinung als „schmerzhaftes Gürtelgefühl."

Systema uro-poëticum:

Patient sagt aus, dass das Urinieren ihm mitunter Beschwerden verursache. Die Untersuchungen des Urins auf Eiweiss und Zucker haben ein negatives Resultat ergeben; auffallend ist das in grosser Menge auftretende sedimentum lateritium.

Diagnose:

Railway-spine und railway-brain.

Folgender Symptomencomplex

I. Psychische Störungen, die hier besonders als Benommenheit des Sensoriums und hypochondrisch-melancholische Verstimmung imponieren,

II. Sensibilitätsstörungen,

III. Gehstörungen,

IV. Concentrische Einengung des Gesichtsfeldes,

V. Förster'scher Verschiebungstypus,

bestimmt uns hauptsächlich, hier eine traumatische Neurose, railway-spine, anzunehmen.

Sehen wir von der Summe der subjektiven Symptome ab, so scheint uns doch schon der ausgesprochene objektive Befund allein unsere Diagnose zu sichern und jeden Verdacht auf Simulation aus-

zuschliessen. Wenngleich Strümpell*) sagt: „Was man bisher als „objektive Symptome" der traumatischen Neurose hingestellt hat, verdient diesen Namen nicht mit Recht. Alle diese Symptome sind ebenfalls von den Bewusstseinszuständen des Kranken abhängig", so widerspricht dem doch die Erfahrung hervorragender Neurologen, welche die Gehstörung und vor allen Dingen die Sehstörung als ein rein objektives Symptom der traumatischen Neurose bezeichnen; auch in unserem Falle sind die eben angeführten Erscheinungen durch jahrelange Beobachtung und die von vielen Aerzten ausgeführte Untersuchung constatiert worden. Mit Recht meint Strümpell**): „Der Name „traumatische Neurose" im bisherigen Sinne darf niemals als Ausdruck für eine bestimmte besondere Krankheit gebraucht werden. Die als „traumatische Neurose" bezeichneten Krankheitszustände gehören durchaus in eine Reihe mit der Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie, dem Querulantentum und dergl. Es sind psychogene, d. h. durch primäre Bewusstseinszustände hervorgerufene Krankheiten, bei welchen die mechanische Wirkung des Traumas an sich keine Rolle spielt." Damit der Name „traumatische Neurose" nicht mehr Schaden als Nutzen

*) Münchener Medizinische Wochenschrift, Jhrg. 42, No. 50, S. 1168 „Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken." Praktische Bemerkungen von Prof. Dr. Adolf Strümpell in Erlangen.

**) Ebendaselbst.

stifte, darf er nur in den Fällen gebraucht werden wo objektive Symptome, wie Geh- und Sehstörungen, welche den Verdacht einer Simulation vollständig ausschliessen, durch genaue Beobachtungen und sorgfältige Untersuchungen nachgewiesen worden sind. Es ist von grosser Wichtigkeit, dass der Arzt und namentlich der, welcher Unfallkranke begutachten muss, davon unterrichtet ist, dass Krankheitszustände, wie sie eben geschildert worden sind, nach Unfällen gelegentlich vorkommen, wenn auch noch ganz besonders hervorgehoben werden muss, dass dabei Simulation und absichtliche Übertreibung eine grosse Rolle spielen können; es ist daher eine grosse Vorsicht beim Stellen der Diagnose „traumatische Neurose“ stets geboten.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Kreisphysikus Professor Dr. Beumer für die freundliche Überweisung der Arbeit, und die Unterstützung bei derselben an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aussprechen zu können.

Litteratur.

Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Gesetzgebung von Dr. L. Becker, Sanitätsrat und Königlicher Bezirks-Physikus.

Oppenheim: Lehrbuch der Nerven-Krankheiten.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Münchener medicinische Wochenschrift: Jahrg. 42: Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. Praktische Bemerkungen von Prof. Dr. Adolf Strümpell in Erlangen.

Lebenslauf.

Theodor Schwenzer, ev. Confession, wurde am 21. Mai 1868 zu Drewitz, Provinz Brandenburg, geboren. Er besuchte die Dorfschule zu Scholwin, Provinz Pommern, wurde dann von seinem Bruder Wilhelm für die Untersecunda des Gymnasiums zu Rogasen, Provinz Posen, vorbereitet, besuchte später das Friedrichs-Wilhelm-Gymnasium zu Posen und das Gymnasium zu Schrimm, welches er Ostern 1889 nach bestandenem Abiturienten-Examen verliess, um sich von da an dem Studium der Medizin auf der Universität zu Greifswald zu widmen. Ostern 1892 bestand er das Tentamen physicum, studierte dann das Winter-Semester 1892/93 in München, kehrte nach Greifswald zurück, bestand am 15. Juli 1895 das Staatsexamen und am 25. Juli das Examen rigorosum. Während seines Studiums auf den Universitäten zu Greifswald und München hörte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Pernice, v. Preuschen, Peiper, R. Schirmer †, O. Schirmer, Schulz, Schmitz †, Solger, Sommer, Strübing, v. Winckel, v. Ziemssen.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser hiermit seinen wärmsten Dank aus, besonders aber den Herren Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Helferich, Mosler, Pernice, in deren Kliniken er als Volontair thätig sein durfte.

Thesen.

I.

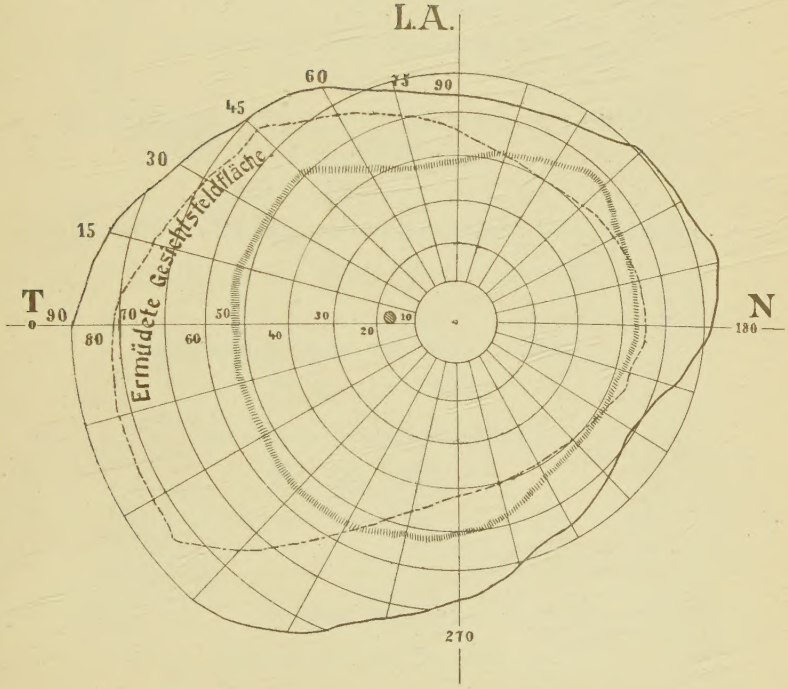
Zwangsmittel und Narcotika sind bei psychisch Kranken möglichst zu vermeiden.

II.

Bei der Behandlung der Scoliose dürfen nur abnehmbare Verbände zur Anwendung kommen.

III.

Eine ganze Reihe von Psychosen stehen in directem ätiologischen Zusammenhang mit somatischen Einflüssen.


L.A.
60
75
90
45
30
15
T
0
90
N
180
270
80
70
60
50
40
30
20
10
Ermüdete Gesichtsfeldfläche